Nombre del CIAAT

REGISTRO DE CONSULTA
CENTROS de INFORMACION, ASESORAMIENTO y ASISTENCIA TOXICOLOGICA

CONSULTA No. _____ ☐ Por 1ª VEZ ☐ ULTERIOR

RED ARGENTINA de TOXICOLOGIA

Fecha y hora de la Consulta: / / ..... : .....

Fecha y hora del Evento/Exposición: / / ..... : .....

Latencia: *mi hr di mes Desc.*

Motivo:
- ☐ Exposición/ Intoxicación
- ☐ Descartar Intoxicación
- ☐ Asesoramiento

.....

Tipo de Consulta:
- ☐ Telefónico
- ☐ Personal
  - ☐ Guardia
  - ☐ Internación
  - ☐ Consultorio Externo
- ☐ Correo .....

Interlocutor (Nombre): .....

Categoría Interlocutor:
- ☐ Personal de salud
- ☐ Familiar .....
- ☐ Paciente
- ☐ Otro .....

Ubicación del Interlocutor (Nombre Establecimiento): .....

Localidad: .....

Tel: .....

- ☐ Establecimiento de Salud con Internación } ☐ Sector Público / ☐ Sector Privado
- ☐ Establecimiento de Salud sin Internación
- ☐ Hogar
- ☐ Trabajo
- ☐ Institución educativa
- ☐ Espacio publico
- ☐ Otro .....

PACIENTE

Nombre/Apellido: **Localidad:** **Tel:**

Sexo: ☐ M ☐ F **Edad:** ..... *d m a* **Embarazo/Lactancia:** ☐ Si ☐ No **Historia Clínica Nº:** .....

Circunstancias de la Exposición

NO INTENCIONAL
- ☐ Accidental
- ☐ Ocupacional
- ☐ Ambiental
- ☐ Alimentaria
- ☐ Error terapéutico
- ☐ Mal uso
- ☐ Medicina Folclórica
- ☐ Accidente Químico
- ☐ Otro .....

INTENCIONAL
- ☐ Tentativa Suicida
- ☐ Abuso
- ☐ Automedicación
- ☐ Homicida/Malicioso
- ☐ Aborto
- ☐ Otro .....

- ☐ REACCION ADVERSA
- ☐ DESCONOCIDO

Ubicación Evento/Exposición:
- ☐ Hogar y alrededores
- ☐ Lugar de Trabajo
- ☐ Institución de salud
- ☐ Institución educativa
- ☐ Espacio Público
- ☐ Otro .....

Tipo de Exposición:
- ☐ Aguda
- ☐ Aguda s/crón
- ☐ Crónica
- ☐ Desconocida

Tipo Agente
- ☐ Medicamento
- ☐ Producto Veterinario
- ☐ Producto Industrial/Comercial
- ☐ Producto Doméstico/Entren.
- ☐ Cosmético/Higiene personal
- ☐ Plaguicida Uso Doméstico
- ☐ Plaguicida Uso Agrícola
- ☐ Plaguicida Uso Veterinario
- ☐ Plaguicida Uso Salud Pública
- ☐ Droga de Abuso
- ☐ Alimento/ Bebida
- ☐ Contaminante ambiental
- ☐ Plantas
- ☐ Hongos
- ☐ Animales
- ☐ Desconocido
- ☐ Otro .....

Duración exposición: *mi hr di me año Desc.* .....

AGENTE

Principio Activo / Nombre comercial

Cantidad Informada

Vía de Ingreso:
- ☐ Oral
- ☐ Inhalatoria
- ☐ Cutánea
- ☐ Ocular
- ☐ Parenteral
- ☐ Mordedura/Picad
- ☐ Desconocida
- ☐ Otra .....

Signos y síntomas:

Severidad Inicial/Mayor
- ☐ Asintomático
- ☐ Leve
- ☐ Moderada
- ☐ Severa
- ☐ Fatal
- ☐ Sin Relación

Estudios solicitados:

Tratamiento *(A-Previo; B-Recomendado)*

A	B		A	B		A	B	
☐	☐	**Ninguno**	☐	☐	**Sintomático/sostén**	☐	☐	**Aumento Eliminación**
☐	☐	**Derivación a Institución Médica**	☐	☐	Líquidos/electrolitos vía oral	☐	☐	Carbón Activado seriado
☐	☐	**Dilución**	☐	☐	Líquidos/electrolitos endovenoso	☐	☐	Modificación del pH urinario
		Descontaminación Interna	☐	☐	Nebulizaciones	☐	☐	Métodos Extracorpóreos
☐	☐	Aspiración gástrica	☐	☐	Oxígeno normobárico	☐	☐	**Antídoto/Quelante/Antiveneno**
☐	☐	Lavado gástrico	☐	☐	Oxígeno hiperbárico	☐	☐	.....
☐	☐	Vómito provocado	☐	☐	Demulcentes	☐	☐	**Otro fármaco** .....
☐	☐	Carbón Activado	☐	☐	Intubación	☐	☐	.....
☐	☐	Catárticos	☐	☐	Asistencia respiratoria Mecánica	☐	☐	**Consulta especialista**
☐	☐	**Descontaminación Externa**	☐	☐	Alcalinización	☐	☐	**Desconocido**
☐	☐	**Control clínico/Observación**	☐	☐	Otro	☐	☐	**Otro** .....

Evolución: ☐ Recuperación ☐ R. Retardada ☐ Muerte ☐ Secuela ☐ Desconocida

Comentario:

HOSPITALIZACION (Lugar y Tiempo)
- ☐ Sala General
- ☐ UCI / UTI
- ☐ Emergencia

..... día/mes

Responsable: